

**FORMULARIO DE QUEJA Y APELACIÓN DEL PROGRAMA WIC**  
DEPARTAMENTO DE SALUD DE LOUISIANA  
OFICINA DE SALUD PÚBLICA

De acuerdo con la ley federal y las políticas del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, sigla en inglés), se le prohíbe a esta institución que discrimine por razón de raza, color, origen, sexo, edad, discapacidad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

**NOMBRE DEL CLIENTE** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

**DOMICILIO** \_\_\_\_\_

**CIUDAD** \_\_\_\_\_ **CÓDIGO POSTAL** \_\_\_\_\_

**DISTRITO** \_\_\_\_\_ **NÚMERO DE TELÉFONO** \_\_\_\_\_  
CÓDIGO DE ÁREA NÚMERO

- Marque aquí si le parece que la queja se debe a una discriminación de **derechos civiles** por **razón de** raza, color, origen, edad, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizadas o financiadas por el USDA. Y escriba a derechos civiles, cuyo domicilio se encuentra a continuación.
- Marque aquí si la queja **no** se relaciona con una discriminación de derechos civiles. Envíe este formulario al Director del Programa de WIC, cuyo domicilio se encuentra en la parte inferior de este formulario.
- Marque aquí si se trata de una solicitud porque le negaron, le cancelaron o lo excluyeron de los servicios de WIC o se le pidió que realice un pago en efectivo. Envíe este formulario al Director del Programa de WIC, cuyo domicilio se encuentra en la parte inferior de este formulario.

Fecha del incidente \_\_\_\_\_ Clínica \_\_\_\_\_

Lugar del incidente \_\_\_\_\_  
CIUDAD DISTRITO

Nombre o nombres de los empleados involucrados (en caso de conocerlo/s)  
\_\_\_\_\_

Explique con sus propias palabras lo que ocurrió (use la parte de atrás del formulario si precisa más espacio)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ENVÍE SUS QUEJAS POR DERECHOS CIVILES A:**

U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, DC 20250-9410

Fax: (202) 690-7442, o (202) 690-7442; o  
Correo electrónico: program.intake@usda.gov

**ENVÍE OTRAS QUEJAS O SOLICITUDES A:**

WIC Program State Agency Civil Rights Coordinator (**Opcional**) Firma de la persona que entrega el formulario  
Bureau of Nutrition Services  
Bienville Building  
628 North 4<sup>th</sup> Street  
Baton Rouge, Louisiana 70802

\_\_\_\_\_  
Relación con el cliente

**AVISO DE QUEJA Y APELACIÓN DEL PROGRAMA WIC**  
DEPARTAMENTO DE SALUD DE LOUISIANA  
OFICINA DE SALUD PÚBLICA

## **QUEJA DEL CLIENTE DE WIC**

Si usted no está satisfecho con el tratamiento o los servicios que recibió de WIC, puede conseguir un formulario de quejas en la sala de espera de cualquier clínica de WIC. Complete el formulario de quejas y envíelo al domicilio del Director de WIC que figura en el formulario. Si cree que fue víctima de un acto de discriminación, le rogamos ver la “Queja de derechos civiles” que se encuentra a continuación.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por: (1) correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; or (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

## **SOLICITUD DE BENEFICIOS Y ATENCIÓN JUSTA**

Si a usted:

- le negaron beneficios
- lo dejaron cesante
- lo suspendieron/inhabilitación
- Requerido para hacer un reembolso en efectivo

A fin de solicitar una atención justa, obtenga el formulario de Quejas y Solicitudes de WIC que se encuentra en la sala de espera de cualquier clínica de WIC. Complete el formulario y envíelo al domicilio del Director de WIC que figura en él.

*LOS CLIENTES PUEDEN PRESENTAR UNA QUEJA SIN TEMOR A HOSTILIDADES O CASTIGOS*